

Atrésie de l'œsophage et fistule trachéo-œsophagienne

Renseignements pour les parents et les familles



L'Hôpital de Montréal pour enfants
The Montreal Children's Hospital
Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Qu'est-ce que l'atrésie de l'œsophage (AO) et la fistule trachéo-œsophagienne (FTO)?

L'œsophage est le tube qui achemine les aliments et la salive de la bouche à l'estomac.

L'atrésie œsophagienne (AO) est une malformation du système digestif qui survient quand l'œsophage ne se développe pas correctement. L'œsophage n'est pas relié à l'estomac.

Une **fistule** est un canal anormal entre deux structures qui, en temps normal, ne sont pas reliées. Par conséquent, une fistule trachéo-œsophagienne (FTO) est un lien anormal entre la trachée (où l'air entre) et l'œsophage (passage de la nourriture).

Il existe différents types d'AO/FTO :

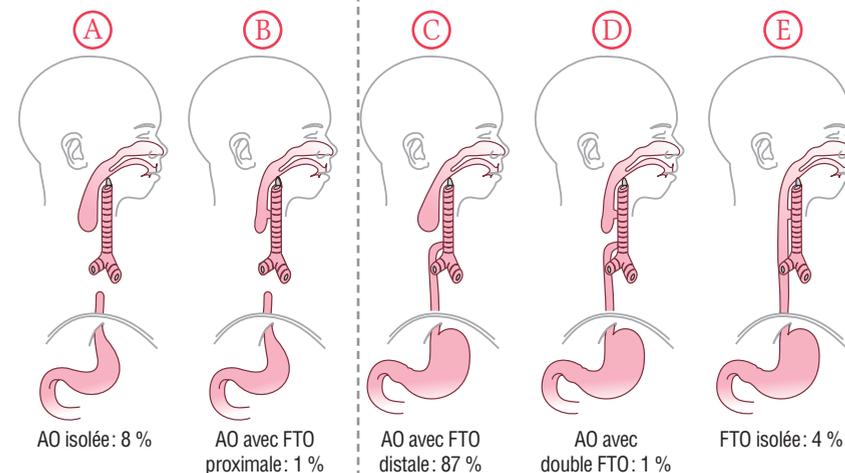
Type A : La portion supérieure de l'œsophage se termine sans lien avec la partie inférieure de l'œsophage et l'estomac. Il n'y a pas de fistule.

Type B : Semblable au type A, mais avec une fistule dans la portion supérieure de l'œsophage.

Type C : AO avec une fistule reliée à la portion inférieure de l'œsophage (la forme la plus fréquente).

Type D : AO avec une fistule sur les deux parties de l'œsophage, supérieure et inférieure (cette forme est rare).

Type E : Présence d'une fistule sans AO (aussi appelée fistule en « H »).



Quelles sont les causes de l'AO/FTO?

L'AO/FTO est une anomalie congénitale, c'est-à-dire une anomalie qui apparaît avant la naissance. Dans la plupart des cas, cette anomalie survient au hasard. Un faible pourcentage de cas est lié à des anomalies chromosomiques ou à un problème génétique. Un nourrisson sur 2 500 à 3 000 naît avec l'AO/FTO.

Quels sont les signes de l'AO/FTO?

- Durant la grossesse, on peut noter la présence d'une grande quantité de liquide amniotique autour du fœtus (un phénomène appelé hydramnios).
- Après la naissance, le nourrisson ne peut avaler sa salive. On peut voir des bulles de salive sortir de sa bouche.
- Le nourrisson peut avoir une respiration bruyante ainsi que des épisodes de toux et d'étouffements.
- Le nourrisson peut avoir une apparence cyanosée (peau bleutée).
- Le nourrisson peut avoir l'abdomen ballonné en raison de l'accumulation d'air dans son estomac.

Y a-t-il d'autres problèmes liés à l'AO/FTO?

Oui, d'autres problèmes médicaux surviennent chez 50 pour cent des enfants qui ont une AO/FTO. On peut aussi observer la présence d'autres malformations associées, souvent regroupées dans le syndrome de **VACTERL** :

- **V**ertébrales (colonne)
- **A**no-rectales (anus)
- **C**ardiaques (cœur)
- **T**rachéo-œsophagiennes
- **R**énales (reins)
- **L**es anomalies des membres (bras, mains, pieds)



Comment traite-t-on l'AO/FTO?

- D'abord, un tube est inséré dans la portion supérieure de l'œsophage afin d'aspirer les surplus de salive.
- Lorsque le nourrisson est admis à l'unité de soins intensifs néonataux il est d'abord stabilisé, puis il sera opéré.
 - S'il y a une atrésie, il faut pratiquer une chirurgie appelée **anastomose**. Cette intervention consiste à coudre ensemble les portions inférieure et supérieure de l'œsophage.
 - Il arrive à l'occasion que les deux portions de l'œsophage soient trop éloignées pour pouvoir être recousues ensemble. Dans ce cas, la chirurgie peut être retardée jusqu'à ce que le nourrisson soit plus gros. Entre-temps, votre enfant sera alimenté au moyen d'un tube de gastrostomie (un tube inséré directement dans l'estomac).
 - S'il y a une fistule trachéo-œsophagienne, une chirurgie est pratiquée pour refermer la fistule.

Quelles sont les complications à long terme?

Le **reflux** est une complication courante. Il se produit lorsque le contenu de l'estomac remonte dans l'œsophage. D'ordinaire, on peut le traiter avec des médicaments, et quelquefois par la chirurgie.

Les patients qui souffrent d'AO et de FTO ont souvent une trachée anormale. Celle-ci a tendance à être plus relâchée et plus sujette à s'affaisser, ce qui peut donner lieu à un problème appelé **trachéomalacie**. Cette dernière se manifeste par une toux « aboyante ». Parfois, elle peut donner lieu à de graves épisodes de cyanose (peau bleutée), dont les causes doivent être approfondies; une autre chirurgie peut être nécessaire.

Après la chirurgie de l'œsophage, la zone réparée peut se rétrécir (**sténose**); il pourrait alors être nécessaire de l'étirer (dilatation).

On observe souvent des **problèmes respiratoires**, comme des bronchites, des pneumonies ou de l'asthme durant l'enfance, qui se résorbent souvent avec le temps. Ces problèmes se soignent généralement bien avec des médicaments.

Les aliments et les liquides peuvent descendre plus lentement dans l'œsophage (**dysmotilité**), mais les enfants s'y adaptent assez bien avec le temps.

L'équipe multidisciplinaire d'AO/FTO de L'Hôpital de Montréal pour enfants du CUSM suit tous les enfants chez qui on a diagnostiqué une AO/FTO. L'équipe se réunit régulièrement pour déterminer le type de traitement et de suivi qui assure à votre enfant la meilleure qualité de soins.



Les membres de l'équipe incluent :

Gastro-entérologue • Chirugiens • Pédiatre • Pneumologue • Otorhinolaryngologiste (ORL) • Ergothérapeute • Infirmière • Nutritionniste • D'autres intervenants au besoin : Généticien • Cardiologue • Chirurgien orthopédiste • Psychologue

Autres ressources :

www.afao.asso.fr
www.tofs.org.uk
www.eatef.org
www.aqao.org

Pour plus d'information :
514.412.4400, poste 23435
www.hopitalpourenfants.com



L'Hôpital de Montréal pour enfants
The Montreal Children's Hospital
Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

Cette brochure a été préparée par l'équipe de la clinique d'atrésie œsophagienne et de fistule trachéo-œsophagienne de L'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill. août 2010